

Anamnese

Patient

☐ Männlich ☐ Weiblich ☐ Divers

Titel: _____

Akademischer Titel: _____

Vorname: _____

Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Straße & Hausnummer: _____

Postleitzahl & Ort: _____

Handynummer: _____

E-Mail: _____

Über wen ist der Patient
versichert? _____

Gesetzlicher Vertreter (Falls vorhanden)

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

In welchem Verhältnis
stehen Sie zum Patient? _____

Versicherter (Falls abweichend vom Patienten)

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

E-Mail: _____

Handynummer: _____

Versicherung

Name der Versicherung: _____

☐ Gesetzlich versichert ☐ Privat versichert

☐ Beihilfeberechtigt ☐ Basistarif

☐ Gesetzlich pflichtversichert

☐ Gesetzlich freiwillig versichert

☐ Haben Sie eine Zusatzversicherung?

Zusatzversicherung: _____

Tarif: _____

Allgemeine Angaben

Ihr Beruf: _____

Haben Sie einen Hausarzt? ☐ Ja ☐ Nein

Name des Hausarztes: _____

Adresse des Hausarztes: _____

Liegt eine ärztliche Überweisung / Heilmittelverordnung vor? ☐ Ja ☐ Nein

Name des Arztes: _____

Adresse des Arztes: _____

Ärztliche Diagnose: _____

Größe (in cm): _____

Gewicht (in kg): _____

BMI: _____

Was ist der Grund für Ihren Besuch in unserer Praxis?

- ☐ Erstbehandlung ☐ Folgebehandlung / laufende Therapie ☐ Akute Beschwerden / Schmerzen
☐ Chronische Beschwerden ☐ Bewegungseinschränkung / Funktionelle Einschränkung ☐ Arbeitsunfall
☐ Sonstige Besuchsgründe

Sonstiges: _____

Aktuelles Beschwerdebild

Seit wann bestehen die Beschwerden? Gab es einen Auslöser?

Bitte beschreiben Sie Ihre Beschwerden:

Wo treten Ihre Beschwerden auf? _____

Wann treten Ihre Beschwerden verstärkt auf? (z. B. morgens/mittags/abends/nachts, bei bestimmten Bewegungen)

Wie bewerten Sie Ihre Schmerzen auf einer Skala von 1 (geringster vorstellbarer Schmerz) - 10 (größter vorstellbarer Schmerz)?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

Wie fühlt sich der Schmerz an?

- ☐ Stechend ☐ Stumpf ☐ Ziehend ☐ Brennend

Anders: _____

Gesundheitliche Angaben

Haben Sie Diabetes (Zuckerkrankheit)? ☐ Ja ☐ Nein

Welcher Typ?

- ☐ Typ 1 ☐ Typ 2

HbA1c Wert: _____

Haben Sie eine chronische Erkrankung der Atemwege / Asthma? ☐ Ja ☐ Nein

Welche Atemwegserkrankung? _____

Haben Sie eine Nervenkrankung (z.B. Multiple Sklerose, Demenz, Alzheimer, ADHS)? ☐ Ja ☐ Nein

Welche Nervenkrankung? _____

Haben Sie Epilepsie? ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie eine Nierenerkrankung? ☐ Ja ☐ Nein

Welche Nierenerkrankung? _____

Haben Sie eine Lebererkrankung? ☐ Ja ☐ Nein

Welche Lebererkrankung? _____

Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung? ☐ Ja ☐ Nein

Welche Schilddrüsenerkrankung? _____

Haben Sie Grünen Star (Glaukom)?

☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie eine Tumorerkrankung oder erhalten Sie eine Chemo- / Strahlentherapie?

☐ Ja ☐ Nein

Welche Tumorerkrankung und Therapieform?

Haben Sie eine Herz- oder Kreislauferkrankung? (z. B. Herzinfarkt, Bluthochdruck, Rhythmusstörung, Herz-OP, Herzschrittmacher)

☐ Ja ☐ Nein

Welche Herz- oder Kreislauferkrankung?

Besteht aktuell oder bestand kürzlich eine ansteckende Infektionskrankheit? (z. B. Hepatitis, HIV, Tuberkulose, MRSA/VRE)

☐ Ja ☐ Nein

Welche Infektionskrankheit?

Orthopädische Vorgeschichte

Hatten Sie bereits Knochenbrüche?

☐ Ja ☐ Nein

Welche und wann?

Wurden Sie schon einmal am Bewegungsapparat operiert?

☐ Ja ☐ Nein

Was wurde operiert und wann?

Haben Sie eine rheumatische oder entzündliche Gelenkerkrankung (z. B. Rheumatoide Arthritis, Morbus Bechterew)?

☐ Ja ☐ Nein

Welche rheumatischen Erkrankungen haben Sie?

Besteht Osteoporose oder eine Knochenerkrankung?

☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie Implantate am Bewegungsapparat (z. B. Gelenkprothesen, Schrauben, Platten)?

☐ Ja ☐ Nein

Wo haben Sie das Implantat?

Weitere gesundheitliche Angaben

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

☐ Ja ☐ Nein

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Haben Sie eine längere Blutungszeit nach Verletzungen?

☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie Allergien?

☐ Ja ☐ Nein

Welche Allergien?

Besitzen Sie einen Allergiepass?

☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie andere nicht aufgeführte Krankheiten?

☐ Ja ☐ Nein

Welche anderen Krankheiten haben Sie?

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?

☐ Ja ☐ Nein

Behandelnder Arzt:

Konsumieren Sie regelmäßig Alkohol oder andere Substanzen?

☐ Ja ☐ Nein

Welche Substanzen und wie oft? _____

Rauchen Sie? ☐ Ja ☐ Nein

Wie viele Zigaretten pro Tag? _____

Treiben Sie regelmäßig Sport? ☐ Ja ☐ Nein

Welche Sportart betreiben Sie? _____

Wie häufig pro Woche? _____

Sind Sie schwanger / Könnten Sie schwanger sein? ☐ Ja ☐ Nein

In welchem Monat? _____

Möchten Sie uns noch etwas mitteilen oder haben Sie Fragen? _____

Weitere Angaben

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- ☐ Persönliche Empfehlung ☐ Google ☐ Facebook ☐ Instagram ☐ Jameda
☐ Online Terminbuchung (z.B. via Doctolib oder Dr. Flex) ☐ Zeitschrift ☐ Posteinwurfsendung ☐ Außenwerbung

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____